1892
Lane Medical Library

# Über
# die von Wölfler angegebene Methode
# der Lippenplastik.

---

## Inaugural - Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe,

welche

nebst beigefügten Thesen

mit Zustimmung der Hohen Medicinischen Facultät

der Königlichen Universität zu Greifswald

am

Mittwoch, den 3. August 1892

Mittags 1 Uhr

öffentlich verteidigen wird

**Wilhelm Metzmacher**

aus Essen (Ruhr).

Opponenten:

Herr Drd. med. F. Martens.
Herr Drd. med. L. North.
Herr Drd. med. W. Silberkuhl.

---

Greifswald.
Druck von Julius Abel.
1892.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40154003_0260

Seiner lieben Mutter

und

dem Andenken seines unvergesslichen Vaters

in Liebe und Dankbarkeit

gewidmet

vom

Verfasser.

Ein wertvoller und wohlthätiger Zweig der Chirurgie sind die plastischen Operationen d. h. die künstliche Wiederherstellung verloren gegangener Körperteile aus lebendigen Geweben, welche in den Defekt eingeheilt werden. Die Ansichten über den Wert der plastischen Chirurgie sind zu verschiedenen Zeiten und bei verschiedenen Ärzten sehr entgegengesetzte gewesen. Wenn in Erwägung gezogen wird, in wie engen Grenzen inbezug auf Form und Funktion des Ersatzes die chirurgische Plastik sich bis zum Schluss des vorigen Jahrhunderts bewegte, aus welchen Grenzen sie sich im Lauf unseres Jahrhunderts, wenn auch mit Mühe, so doch mit lohnendem Erfolge, langsam herausarbeitete und zu immer höherer Vervollkommnung sich entwickelte, so ist leicht zu verstehen, dass mit dem mehr oder weniger vollkommenen Gelingen der berechtigten Anforderungen an die operative plastische Kunst, letztere in ihrem Werte höher oder geringer angeschlagen werden musste.

Freilich werden die Produkte der plastischen Chirurgie niemals den denkbar höchsten Grad der Vollkommenheit der Originale erreichen. Denn das künstliche Erzeugnis besteht nur aus Haut, dem hauptsächlichsten Material für die chirurgische Plastik an der Körperoberfläche, und

diese Haut lässt die notwendigen, den betreffenden Teil im natürlichen Zustande konstituierenden Gebilde vermissen. Die Verwendung der Haut in der plastischen Kunst hat den Zweck, nicht nur verloren gegangene Haut, sondern auch zu Verlust kommende Muskeln, Knorpel und Knochen zu ersetzen. Natürlich vermag dieses Ersatzmittel hinsichtlich der Form und Funktion nicht immer die genannten Gewebsarten ganz zu vertreten, wiewohl sehr beachtenswerte Fortschritte gemacht sind. Eine künstliche Nase wird nur dann vollen Anspruch auf Vollendung erheben können, wenn sich durch Bildung eines festen Septums die natürliche Form herstellen lässt. Dass ein neugebildetes Augenlid weder einen Orbikularmuskel, noch einen Tarsalknorpel, weder Meibom'sche Drüsen, noch Zilien besitzen kann, versteht sich leider von selbst.

Aber trotz aller dieser Mängel muss die operative plastische Kunst als eine segensreiche Kunst gelten, wenn sie auch nur eine gewisse, die Natürlickeit nicht erreichende Verbesserung des Aussehens und Verrichtung der Funktionen ermöglicht. Ein Kranker, der sich eine künstliche Nase bilden liess, erhält mit dem den Charakter des Gesichts bestimmenden und ihn der menschlichen Gesellschaft wieder zugängig machenden Organ auch das Vermögen des Geruchs zurück. Nicht selten bemerkte man an einem Schwerhörigen nach einer Nasenbildung eine Schärfung des Gehörsinns. Und so mangelhaft auch ein neugebildetes Augenlid sein mag, so bietet es doch immerhin dem Bulbus Schutz. Wenn endlich die Lippen die

Zähne decken und der Speichel nicht abfliesst, so ist der neue Mund ein gelungener.

Würde die Schönheit der Form das vornehmste Erfordernis sein, so wäre der prothetischen plastischen Kunst wohl der Vorrang einzuräumen. Aber einer Prothese fehlt das Leben; sie haftet nur in lockerer Verbindung mit der Körperoberfläche als ein Fremdkörper und ist nicht ein lebendiges Glied des Körpers. Das Schaffen lebendiger Ergänzung, wie es die operative Plastik sich zur Aufgabe stellt, ist daher ungleich schätzenswerter.

In dieser Beziehung ahmt der Chirurg, der sonst fast immer nur als Zerstörer und Entsteller auftritt, die bildende Thätigkeit der Natur nach. Sonst Diener der Natur und Förderer ihrer Heilbestrebungen, zeigt er sich bei Ersatz fehlender Körperteile als ihr Meister. Natürlich ist es nicht angängig, sich der Hülfe der Naturkraft gänzlich entziehen zu wollen. Gewisse Bedingungen, unter denen allein jene ihren Beistand gewährt, dürfen nicht verletzt werden. Seitdem jene Bedingungen, die organischen Naturgesetze erkannt sind und die Kenntnis der zum Gelingen plastischer Operationen notwendigen physiologischen Grundbedingungen eine genauere wurde, hat die plastische Chirurgie einen gewaltigen Aufschwung genommen.

Während diese segenspendende Bereicherung der Chirurgie im 18. Jahrhundert wohl wegen der häufigen Misserfolge bei der Wundheilung gar sehr in Verfall geraten, wurde im Jahre 1803 wieder zum erstenmal von französischer und englischer Seite Versuche in Rhino- und Cheiloplastik gemacht.

Seit dieser Zeit sind in gleichem Schritt mit der zunehmenden Ausbildung des pathologisch-physiologischen Verständnisses immer grössere und glänzendere Fortschritte bis in unsere Tage zu verzeichnen.

Manche Methode wurde von mit lebendiger schöpferischer Einbildungskraft begabten Köpfen ersonnen und erdacht. Manche Methode musste mannigfache Abänderungen und Verbesserungen erfahren. Manche Methode wurde wegen ihrer Unbrauchbarkeit bald ausser acht gelassen und verworfen und hier und da fiel aber auch eine Methode der Vergessenheit anheim, welche weitere Beachtung verdient hätte. Der Grund für diese Erscheinung liegt wohl in dem Umstande, dass eine derartige in Frage kommende Methode eine zu ihrer Empfehlung zu ungeschickte Ausführung erfuhr oder auf ähnlichem Prinzipe beruhte, wie bereits angewandte andere Verfahren, deren ungünstige Resultate gerechtes Misstrauen einflössen mussten oder aber endlich, dass der Verlauf und das Ergebnis einer solchen Methode aus irgend einer Veranlassung nicht zur allgemeinen Kenntnis kam.

Die beiden zuletzt genannten Punkte lassen sich auf ein cheiloplastisches Verfahren anwenden, welches vor 4 Jahren durch Wölfler in Graz der Vergessenheit entrissen und als eine recht brauchbare und empfehlenswerte plastische Operation mit Entschiedenheit hingestellt wurde. Es ist das Verfahren einer künstlichen Lippenbildung, wie es zuerst und nur einmal von Morgan im Jahre 1828 in Anwendung gebracht wurde; mit welchem Erfolge, ist leider unbekannt, da keine Mitteilungen dar-

über vorliegen. In den Lehr- und Handbüchern, sowie in wissenschaftlichen Abhandlungen wird über diese Methode in der Regel mit Stillschweigen hinweggegangen. Wo ihrer einmal Erwähnung geschieht, findet sie eine mehr oder weniger abfällige Beurteilung.

Aber diese plastische Operation, welche so lange Zeit hindurch die Beachtung und das Vertrauen der Chirurgen sich nicht erringen konnte, muss als eine Erwerbung angesehen werden, die nicht zu unterschätzende Vorzüge darbietet. Ihre Bedeutung in technischer, kosmetischer und funktioneller Hinsicht dürfte wohl zu einem näheren Eingehen berechtigen. Bevor wir jedoch zur Beleuchtung der Vor- und Nachteile dieser Operationsweise schreiten, sei die Technik derselben in kurzen Zügen beschrieben*).

Ein bogenförmiger, die beiden Mundwinkel verbindender Schnitt beseitigt die zu entfernenden Partien der Unterlippe. Parallel mit diesem Schnitt wird ein zweiter, von einem Unterkieferwinkel ausgehend, etwa 12 cm lang, in der Unterkinngegend bis zum anderen geführt. Der zwischen den beiden Schnitten liegende Hautlappen, der beiderseits in breiter Verbindung mit der Wange steht, und eine Höhe haben soll, welche 1 cm mehr beträgt als die Höhe der früheren Unterlippe, wird nun von seiner Unterlage durch senkrecht auf ihn gerichtete Messerzüge lospräpariert, und zwar von der Halsseite her nach dem Munde hin. Der letzte Rest der Verbindung der Unter-

*) Cf. Begnier. Über Bildung brückenförmiger Lappen aus der Unterkinnhaut zur Deckung des Defectes nach Exstirpation von Karzinomen der Unterlippe. Langenbeck, Archiv für Chirurgie, Band XLI.

lippe mit dem Kiefer wird mit dem Doppelmesser getrennt. Dieser so beweglich gewordene Hautlappen wird darauf nach oben in den Defekt verschoben, so dass der obere Mundrand der neue Lippenrand wird. Mit seinem unteren Rande wird der sogenannte Brücken- oder Visierlappen am Kieferrande durch einige Suturen fixiert. Diese Fixation hat einen doppelten Zweck. Erstens soll eine Verschiebung des Lappens bei Bewegung des Kiefers hintangehalten werden und zweitens einem möglichen Herabsinken des Lappens infolge seiner Schwere vorgebeugt werden. Der in der Unterkinngegend neu geschaffene Defekt wird durch Nähte völlig geschlossen, bez. verkleinert und der Heilung durch Granulationsbildung überlassen. Sollte das nicht zum Ziele führen, so käme Transplantation nach Thiersch in Frage.

Als erste Schlussfolgerung aus dieser kurzen Beschreibung ergiebt sich, dass diese Operationsweise an die technischen Fertigkeiten des Operateurs die geringsten Anforderungen stellt. An Leichtigkeit und Einfachheit der Ausführung, das darf mit Recht wohl behauptet werden, wird diese Art der Lappenbildung von keiner anderen Methode überboten. Und das ist ein wichtiger Vorzug, der weniger dem berufsmässigen Chirurgen, als dem praktischen Arzte zugute kommt. Denn da diesem nicht die so nötige Erfahrung und Schulung zur Seite steht, so wird er im gegebenen Falle nicht ohne Mühe die entsprechende Methode wählen uud hat er sie richtig gewählt, dann zeigt er sich den technischen Schwierigkeiten, welche ihm Bildung und Beurteilung der Grösse der Lappen und

ihre zweckmässige Lagerung bereiten, sicher oft genug nicht vollauf gewachsen. Diese Behauptung trifft zu für die üblichen Methoden von Langenbeck, Bruns, sowie für das ältere Verfahren Dieffenbach's. Am ehesten noch könnte das erstere Verfahren der Wölfler'schen Lappenbildung den Vorzug der leichten technischen Ausführbarkeit streitig machen, da die Bildung nur eines Lappens aus der Kinnhaut, dessen Basis am Mundwinkel liegt, ohne Umsäumung mit Schleimhaut und eine geringe Drehung dieses Lappens erforderlich ist. Vornehmlich aber erheischen die beiden letzteren Methoden, welche Bildung zweier Lappen aus Wange, bezw. aus Wange und Kinnweichteilen mit nachheriger Umsäumung der neuen Lippe mit Wangenschleimhaut bezwecken, von dem Operateur eine Vorstellungskraft, die imstande sein muss, das fertige Bild des beabsichtigten Erfolges klar schauend, die Hand des Operateurs so zu führen, dass alle seine Schnitte und Manipulationen zweckentsprechend sind und das erstrebte Resultat mit Sicherheit ergeben. Abgesehen von den plastischen Schwierigkeiten bedeuten die Verfahren schwere, stark verwundende Eingriffe und als solche eine weitere technische Komplikation, indem nicht nur die Haut, sondern auch alle Weichteile der Wange, alle Muskeln durchschnitten werden und mit ihnen der N. facialis und Art. maxillaris ext. Ganz anders dagegen verhält es sich mit Bildung eines Brückenlappens nach Wölfler. Alle spekulativen Erwägungen und erschwerenden Überlegungen kommen in Wegfall. Nach Ausführung der einfachen bogenförmigen Schnitte, nach Abpräparieren

des Visierlappens und Befestigung desselben am Kieferrande ist der Substanzverlust der Unterlippe gedeckt. Grössere Gefässe, Nerven oder Muskeln von Bedeutung werden nicht verletzt.

Durch die charakteristische Schnittführung ist weiterhin die Möglichkeit gegeben, die in sehr vielen Fällen erforderliche Ausräumung der Submental- und Submaxillardrüsen oder etwa nötige Eingriffe am Unterkiefer, ohne weitere Ausführung von Schnitten, wie es bei anderen Methoden meistens nicht umgangen werden kann, vorzunehmen. Freilich ist die Erreichung dieses Zweckes bei dem Langebeck'schen und auch Dieffenbach'schen Verfahren möglich. Aber man wird zugeben müssen, dass es ein missliches Unternehmen ist, auf einem Operationsfelde zu arbeiten, das nicht offen und frei dem Blicke des Operateurs sich darbietet.

Diese Ausräumung gelingt bei der Wölfler'schen Methode um so eher und gründlicher, je mehr Halshaut nach oben verschoben wird.

Nunmehr wäre die Frage zu entscheiden, ob dieses Verfahren einer künstlichen Lippenbildung ohne Rücksicht auf Grösse, Gestalt und Lage des Verlustes oder auf Altersverhältnisse zur unumschränkten Anwendung geeignet sei oder nicht. Um den letzteren Punkt bezüglich der Berücksichtigung des Alters gleich zu erledigen, so ist zu bemerken, dass einerseits diese Methode wegen ihres geringeren Insults als empfehlenswert zu achten ist. Andererseits verdient sie die Empfehlung der Brauchbarkeit bei älteren Individuen im besonderen, wie überhaupt im

llgemeinen, weil durch die doppelseitige Ernährung des isierlappens das Eintreten einer Gangrän völlig ausgechlossen ist, ein Vorteil, der diese Methode in ihrem Werte weit über die anderen Lappenmethoden erhebt. Im brigen kann sie überall da, wo nicht durch einfache keilörmige Exzision und Naht Heilung erzielt wird, ohne nstand benutzt werden. Selbst Defekte, die eine solche usdehnung annahmen, dass durch Exstirpation der krankten Partien die ganze Unterlippe verloren ging, ilden kein Hindernis. Ja die diesbezüglichen Beobachungen haben sogar das überraschende Ergebnis gebracht, ass gerade beim Fehlen der ganzen Unterlippe die Erfolge esonders günstige waren. Ebensowenig, wie die Breite es Defekts von Einfluss ist, thut auch die Ausbreitung ach der Tiefe gegen das Kinn hin, dem schliesslichen esultat Eintrag. In dem Falle, wo der Unterppensaum noch vorhanden ist, kann die Methode gleichlls gebraucht werden. Hat der Defekt eine solche Breite rlangt, dass die Mundwinkel nicht mehr erhalten werden önnen, dann müssen die wunden Stellen der Oberlippe n den Brückenlappen angenäht werden. Hierbei geschieht s aber leicht infolge des Öffnens des Mundes bei ahrungsaufnahme und der Rücksichtslosigkeit der Paienten gegenüber Heileffekten, dass die Nähte einreissen nd somit die schöne Form des Mundes verloren geht.

Die kosmetischen Resultate sind zufriedenstellend. In er Regel wird ein Mund von normaler Grösse geschaffen, essen Unterlippe jedoch die Form einer um ein geringes ach innen umgestülpten Lippe zeigt und eines wichtigen

Bestandteils, nämlich der Schleimhaut entbehrt. Infolge dieses Mangels kann einer kosmetischen Anforderung nicht genügt werden d. i. die freie Beweglichkeit der Lippe. Das ist ein Nachteil, wie er bei allen Methoden besteht, bei welchen auf Umsäumung mit Schleimhaut verzichtet wird, so z. B. bei der Langenbeck'schen. In diesem Punkt steht die Morgan-Wölfler'sche Methode hinter denen von Dieffenbach und Bruns zurück. Dafür aber sind diese Verfahren mit anderen die Kosmetik betreffenden Übelständen verknüpft. Beide Operationsarten nämlich lassen das Gesicht verunstaltende Narben zurück. Ja, bei der Bruns'schen Methode kann bei kräftiger Narbenkontraktur sogar ein Ektropium der Augenlider die wenig erfreuliche Folge sein. Die entsprechende Narbe dagegen, wie sie die Wölfler'sche Methode unter dem Kinn setzt, kann wegen ihres Sitzes und ihrer linealen Schmalheit keine Verunstaltung genannt werden.

Die nach Wölfler gebildete Unterlippe trägt einen narbigen Saum. Aber dieser Saum erscheint in fast normaler Dicke, er ist nicht eine dünne Hautfalte, wie bei den Methoden von Roux und Chopart, Methoden, welche das Prinzip haben, den Substanzverlust der Unterlippe durch Heranziehen der Kinn- und Halshaut ohne Entspannungsschnitte zu ersetzen. Ein Nachteil dieser Methoden, sowie der Langenbeck's mit Bildung eines Kinnlappens fällt bei der Wölfler'schen Methode weg. Unmittelbar nach der Operation nämlich zeigen diese Unterlippen eine recht befriedigende Form. Doch wegen der Retraktion des Lappens, welche teils infolge des Vernar-

bungsprozesses auf der inneren blutigen Seite, teils durch die Zerrung, welche die Haut am Halse bei Bewegung des Kopfes und Unterkiefers notwendig erleiden muss, sich einstellt, verliert der Mund seine erste Form. Eine solche Änderung der Mundform ist bei der Morgan'schen Methode aus dem Grunde ausgeschlossen. weil die Brücken des Lappens sich an den Seiten befinden. Ist diese kosmetische Störung niemals zu befürchten, so tritt dagegen leicht ein Übelstand ein, der aber auch ebenso leicht vermieden werden kann, nämlich die Verengerung der Mundöffnung. Bedingt wird dieselbe durch stehengebliebene Reste der Unterlippe an beiden Mundwinkeln, welche durch die sich kontrahierende Narbe angezogen werden und ihrerseits einen Zug auf die Oberlippe ausüben. Daraus folgt, dass die Reste als wertlos abgetragen werden müssen, um eine solche Beeinträchtigung des kosmetischen Erfolges zu verhindern.

Die Folge der in den meisten Fällen günstigen kosmetischen Resultate sind die befriedigenden funktionellen Ergebnisse. Die Lippen bedecken gänzlich die Zähne, so dass ein belästigendes Abfliessen des Speichels unmöglich ist und Zahnfleisch und Zähne geschützt sind. Das Sprechen ist ohne Störung und die Aufnahme, das Kauen und Schlucken von Nahrung erfolgt ohne Beschwerden.

Das sind die Beobachtungen, welche an 11 Fällen in der Wölfler'schen Klinik in Graz, woselbst diese Operationsmethode wieder ans Tageslicht gefördert wurde, gewonnen wurden.

Als ein weiterer Beitrag zur Kenntnisnahme der Re-

sultate dieser Morgan-Wölfler'schen Plastik mögen die folgenden Mitteilungen über drei, von Herrn Professor Helferich in der hiesigen Königlichen Universitätsklinik operierten Fälle angesehen werden.

Der erste Fall betrifft:

Paetow, Wilhelm, Hauszimmermann, 43 Jahre alt, aus Stralsund. Aufnahme 28. IV. 91; Entlassung 19./V. 91.

Anamnese: Vor etwa 1 Jahr bemerkte Patient an seiner Unterlippe einen kleinen, festen Knoten, welcher allmählich sich vergrösserte und exulcerierte. Nach kurzer Behandlung mit Pflastern erfolgt auf Veranlassung seines Arztes Aufnahme in die hiesige Königliche Universitätsklinik.

Status praesens: Fast die ganze Unterlippe von einem flachen, kraterförmigen Geschwür eingenommen, dessen Ränder sich hart anfühlen. Der Grund des Geschwüres ist mit stinkenden, nekrotischen Fetzen bedeckt. Submaxillar- und Submentaldrüsen nicht geschwollen.

Therapie: Nach Exstirpation des Carcinom durch einen bogenförmigen Schnitt und Unterbindung der spritzenden Gefässe wird ein zweiter bogenförmiger Schnitt, parallel dem ersteren, am Unterkieferrande entlang geführt, und der dadurch entstehende Visierlappen vom Knochen abpräpariert. Von dem Defekt unter dem Kinn aus wird das Bindegewebe der Submental- und der beiden Submaxillargegenden nebst der rechten Speicheldrüse entfernt. Tamponade der ganzen Wunde. Trockener Verband.

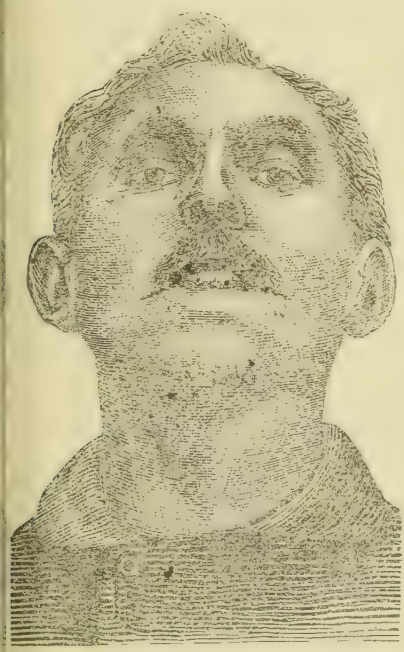
Die Operation fand am 30./IV. statt.

Am 6/V. Sekundärnaht der Wunde unter dem Kinn bei stark flektiertem Kopf. Fast lineare Vereinigung nach geringer Ablösung der Haut am Halse. Der Visierlappen am Unterkiefer fest angeheilt.

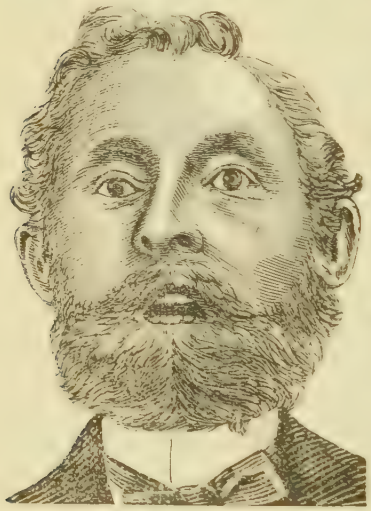
Am 13/V. werden alle Nähte entfernt. Kleine Granulationsstreifen unter dem Kinn. Die Form des Mundes ist eine gute.

Der Heilungsprocess nahm einen normalen Verlauf, so dass Patient am 19/V. als geheilt entlassen werden konnte.

Da derselbe nach ungefähr 9 Monaten wegen eines Carcinomrecidivs am linken horizontalen Unterkieferaste wiederum aufgenommen werden musste, liessen sich die Resultate der an seiner Unterlippe ausgeführten Operation in Form des Wölfler'schen Lappens genau feststellen. In dem betreffenden Status praesens heisst es: Der Schluss der Lippen ist ein vollkommener. Speichelfluss hat nie stattgefunden. Die Sprache lässt keine Abnormitäten erkennen. Die Form des Mundes unterscheidet sich nicht beträchtlich von der normalen. Am Unterkinn befindet sich eine schmale Narbe.



Der kosmetische Erfolg ist aus den beistehenden Abbildungen ersichtlich.



Die Operation des Recidivs bestand in Exstirpation des ulzerierten Tumors unter ausgiebiger Mitnahme der Haut, Abmeisselung des horizontalen Kieferastes, Ausräumung der submaxillaren Drüsen, sowie einer Drüsenkette, welche sich längs der Scheide der grossen Gefässe hinzieht.

Nach oben hin gegen den Processus mastoideus bleibt die radikale Entfernung zweifelhaft.

Annäherung der Hauträndер. Jodoformgazetamponade. Trockener Verband.

Der Wundheilprozess verläuft ungestört, bis 12 Tage nach der Operation ein Gesichtserysipel, von der Nase ausgehend, den Verlauf kompliziert. 4 Tage nach dem Auftreten dieser Affektion lässt sich wieder normale Temperatur und Abblassung der Haut konstatieren.

Am 9/III. 92 wird Patient mit markstückgrosser Granulationsfläche am linken Unterkiefer in Behandlung seines Arztes entlassen. An der vorderen Mastoideusseite links in mittlerer Höhe des Halses mehrere erbsengrosse, leicht verschiebliche, harte Drüsen zu fühlen.

Ungleich schwieriger war der folgende, der zweite

Fall: Ringe, Carl, Maurerpolier, 66 Jahr alt, aus Pasewalk. Aufnahme 23/V. 91; Entlassung 2/VII. 91.

Anamnese: Seit etwa 5 Jahren bekam Patient jeden Sommer ein kleines Knötchen im linken Mundwinkel, welches Neigung zu Blutungen hatte, aber im Winter immer heilte. Allmählich wuchs dieses Knötchen und hatte vor 2 Jahren die Grösse einer Haselnuss erreicht. Anfangs dieses Jahres etwa Walnussgross fing der Tumor im April an, sich mehr zu vergrössern. Zugleich trat eine Anschwellung der benachbarten Drüsen auf. Eine sich bald einstellende starke Schmerzhaftigkeit der befallenen Drüsen liess den Patienten um Aufnahme in die Klinik nachsuchen.

Status praesens: Etwa 2 Drittel, das mittlere und das linke der Unterlippe, sind von Lippenrot entblösst, ulcerierend, hart sich anfühlend, verdickt. Die Verhärtung greift etwa thalergross auf die Haut des linken Unterkiefers über. Diese Fläche bildet die Basis für eine ungefähr 2,5 cm hohe pilzförmige Neubildung mit ulcerierender Fläche, in der Mitte etwas vertieft, mit stinkenden Granulationen bedeckt. Die Länge der Geschwulst bez. der ulcerierenden Fläche beträgt in der Horizontalen 8 cm, in der Vertikalen 6 cm. Am Knochen ist das Gewächs nicht adhärent, mit der Lippe frei beweglich. Linker Mundwinkel verdickt, mit einzelnen, verhärteten Knoten in der Tiefe.

Rechts sind einzelne submentale und submaxillare Drüsen von Erbsengrösse dicht unter der Haut fühlbar.

Die Hauptmetastase liegt am linken Kieferwinkel, wo

sich ein etwa hühnereigrosser Tumor vorwölbt, der in der Kuppe Fluktuation zeigt. Die Haut ist intakt. Der Tumor lässt sich vom Kiefer nicht verschieben, umgreift denselben und fühlt sich hart an.

Weitere Metastasen werden nicht gefunden.

Leber ohne Veränderung. Im Urin kein Albumen.

Operation i. N. Durch Scheerenschnitte wird, weit im Gesunden, die Basis des Carcinom umkreist und letzteres entfernt. Auch vom Zahnfleisch werden die angrenzenden Partien abgetragen. Nach sorgfältiger Blutstillung wird ein Schnitt zwischen Zungenbein und Unterkiefer von links über den Tumor am Kieferwinkel hinweg bis zum Kieferwinkel der entgegengesetzten Seite geführt. Darauf stumpfe Entfernung der Drüsenpackete, die tief unter den Kieferwinkel herumgreifen. Abmeisselung der Hälfte des horizontalen Kieferastes parallel dem Processus alveolaris, vom Kieferwinkel beginnend. Bei der Entfernung der Drüsen Durchschneidung des vorderen Bauches des M. biventer. Es wurde sichtbar der Mm. geniohyoideus, mylohyoideus und hinterer Bauch des Mm. biventer. Rechts gleichfalls Entfernung der kleineren, erbsengrossen Submental- und Submaxillardrüsen. Dieselbe Topographie, nur dass hier der vordere Bauch des M. biventer erhalten bleibt. Die Haut wird nun vom Kiefer losgelöst, in die Höhe geschobenund durch versenkte Catgutnähte am Bindegewebe des Kinns befestigt, so dass eine neue Lippe entsteht. Es wird rechts ein Teil des Lippenrots gelöst und auf der angefrischten Stelle 'der Unterlippe so weit, als möglich, angenäht. Auf die nicht mit Lippenrot be-

deckten kleinen Teil der Unterlippe wird Jodoformgaze gelegt. Links wird der Defekt, der eine Erweiterung der Mundöffnung in die Wange darstellt, durch Anlegen mehrerer Nähte ausgeglichen, so dass die neue Mundspalte nur um ein geringes kleiner wird.

Nach sorgfältiger Blutstillung der Wunde am Halse Tamponade mit sterilem Mull und lockerer Verband.

Am ersten Tage nach der Operation, am 27./V. Verbandwechsel wegen Durchfeuchtung mit Blut. Leichte Fiebersteigerung, 39,3; Schluckbeschwerden.

Am 30./V. Verbandwechsel. Viel Sekret. Speichel ist in die Wunde geflossen. Jodoformgazetamponade.

Am 2./VI. Verbandwechsel. Wunde zum teil gut aussehend, zum teil missfarbenen Belag zeigend. Übler Geruch. Infektion durch den Speichel. Reinigung mit $H_2O_2$. Keine Schluckbeschwerden mehr.

Von nun an täglich feuchter Verband bis zum 7./VI., wo die Wunde gut aussehende Granulationen zeigt. Es wird ohne Narkose bei gebeugtem Kopfe die Haut am Halse durch Seidennähte anzunähen versucht. Dies gelingt nicht vollkommen. Es bleibt ein 2 Finger breiter Spalt in der Mitte übrig. Der Kopf wird durch eine gepolsterte Blechschiene (Helferich'sche) in seiner Stellung fixiert. 2 seitliche Drains.

Täglich feuchter Verband. Die Lappen legen sich gut an.

Am 14./VI. Beseitigung der Drains. Die Unterlippe ist leicht ödematös.

Da Patient trotz der Schiene den Kopf etwas streckt und damit eine Spannung der Nähte bewirkt, so wird die Schiene durch Heftpflasterstreifen am Thorax fixiert. Dadurch wird jede Bewegung unmöglich.

Am 19./VI. Entfernung der meisten Nähte. Die Hautlappen liegen vollständig fest an.

Am 24 VI. Entfernung der letzten Nähte. Gute Granulationen.

Status vom 2/VII.: Der Visierlappen ist am unteren Teile, besonders nach links, fest mit dem Kiefer verwachsen, nach rechts zeigt sich derselbe ödematös und infiltriert. Die rechte Hälfte der Lippe ist mit Lippenrot bedeckt, die linke ist eine breite Narbe. Dadurch ist der Mund etwas verkleinert. Die Wunde am Kinn besteht noch, zeigt gute Granulationen, hat sich verkleinert. Sie zeigt Neigung zur Vernarbung. Links ist ein Teil des Kiefers noch freiliegend, der grösste Teil des Knochens jedoch mit Granulationen bedeckt.

Patient wird in die Behandlung seines Arztes entlassen. Nach 4 Wochen stellt sich ersterer, einer Einladung folgend, wieder vor. Allgemeinbefinden gut. Die Wunde am Kinn bis auf einen schmalen Granulationsstreifen geheilt. An der Unterlippe, welche nicht mehr ödematös ist, befindet sich noch ein vorstehender, sich hart anfühlender Wulst. Am Zahnfleisch kein Recidiv. Überhaupt keine Metastasen. Am linken Mundwinkel, in der unteren Gegend desselben ist der Brückenlappen mit dem Zahnfleisch verwachsen, so dass Speichel an dem linken Mundwinkel abfliesst und die Mundöffnung etwas schwer erweitert werden kann.

Grössere Bissen müssen daher erst passend geformt werden. Schluckbeschwerden bestehen nicht.

Die Verhältnisse bezüglich des Mundes sind, wie aus einem späteren Status des Patienten, der wegen Rezidiv wieder in Behandlung kam, sich ergiebt, dieselben geblieben. Aus der Wunde in der Unterkinngegend war eine straffe, dem Knochen anscheinend adhärente Narbe, an deren linken Ende das Rezidiv seinen Sitz hatte, geworden.

Dasselbe stellte eine von etwas gelblichem Sekrete bedeckte ca. 5Pfennigstück grosse, granulierende Fläche dar, um dieselbe in 2markstückgrösse eine harte, starre Infiltration.

Der Gang der Operation dieses Rezidivs am 8/I. 92 war folgender:

In einer Entfernung von ca. 1 cm wird die Ulcerationsfläche ringsum umschnitten. Teils stumpf, teils mit dem Messer wird die schwielige Masse aus der Umgebung den Weichteilen und vom Unterkiefer, abgelöst. Durch die starren Narbenmassen ist das anatomische Bild ganz verwischt. Es ist mit Schwierigkeiten verbunden, die Grenzen des Karzinom zu eruieren. Um den Unterkiefelwinkel nach oben, nach unten bis unterhalb der Teilungsstelle der A. carotis, nach von bis zur Medianlinie, in die Tiefe bis hart an die Pharynxwand wird alles Verdächtige herausgeschält. Dabei wird die Pharynxwand angeschnitten, jedoch durch Seidennähte wieder geschlossen. Die A. carotis externa, die Vena iugularis communis werden unterbunden. Von dem Unterkieferrande, an dem die kallösen Massen

um das Karzinom fest adhärierten, werden Stücke abgemeisselt. Jodoformgazetamponade. Trockener Verband.

Am 12 I. Verbandswechsel. Wunde secerniert stark.

Am 20. I. Verbandswechsel. Alle Jodoformgaze entfernt. Pharynxwunde wieder geöffnet. Es wird ein Tampon gegen dieselbe gelegt. Sehr bedeutende Sekretion der Wunde.

In den nächsten Tagen stellt sich Bronchitis ein.

Auf Wunsch wird Patient am 6. II. in Behandlung seines Arztes entlassen. Befund an diesem Tage: Bronchitis, Halswunde granuliert nicht gut, Pharynxwunde mit Epithel umsäumt, das eine Strecke über die Granulationen herüberwächst. Die Ausführung des Vorschlages, Pharynxwunde durch Transplantation eines Hautlappens zu schliessen, wird verweigert. Jodoformgazetomponade. Trockener Verband.

Durch die zuvorkommende Güte des behandelnden Arztes, des Herrn Kreisphysikus Dr. Schröder in Pasewalk befinde ich mich in der Lage, über den augenblicklichen kosmetischen und funktionellen Erfolg folgendes berichten zu können: Die Unterlippe hat ihre frühere unschöne Form insofern geändert, als der Wulst sich zurückgebildet hat. Während früher der Speichel aus der linken Seite der Mundspalte ausfloss, hat sich das jetzt fast vollständig verloren. Der Kranke kann den Mund gut öffnen, sogar die Lippen spitzen. Nahrungsaufnahme geht normal von statten.

Ein Rezidiv ist bisher nicht beobachtet worden.

Das allgemeine körperliche Befinden des Patienten

ist ein derartiges, dass er seiner Beschäftigung ungestört nachgehen kann.

**Der dritte Fall:**

Rewolinski, Johann, Altsitzer, 67 Jahr alt, aus Königstreu.

Aufnahme 19/I. 92; Entlassung 5/II. 92.

Anamnese: Vor einem Jahre etwa zeigte sich ein kleines Bläschen auf der Unterlippe, das nicht zur Heilung gelangte. Es bildete sich Schorf, den Patient immer wieder entfernte. Mit Lippenpomade und süsser Sahne behandelte derselbe die Affektion.

Status praesens: Die mittleren zwei Drittel der Unterlippe sind hart, prominent, teilweise ulcerierend oder von Borken bedeckt, schmerzlos. Eine linksseitige submaxillare, leicht bewegliche Drüse ist zu fühlen.

Operation i. N. Exstirpation der ganzen Unterlippe. Dann Hautschnitt in der Submentalgegend, über dem horizontalen Teil beider Kiefer verlaufend. Lappenartiges Abpräparieren der Haut nach unten. Ausräumung beider submentalen und submaxillaren Gegenden unter Exstirpation der Glandula submaxillaris. Unterminierende Ablösung der Kinnhaut und Verlagerung derselben nach oben. Abtrennung des Lippenrots der Mundwinkel und eines Teiles der Oberlippe und mediane Vernähung beider Enden als Lippenrot des Wölfler'schen Lappens. Primäre Vernähung der Unterkinnwunde.

Am 29/I. Entfernung der meisten Suturen. Die vernähten Teile sind alle in situ geblieben und p. pr. i. geheilt.

Am 5/II. wird Patient als geheilt entlassen.

Nach Verlauf von noch nicht 4 Monaten wird derselbe wieder vorstellig mit Klagen über einen zu kleinen Mund. Er beschwert sich über Unannehmlichkeiten beim Sprechen und bei der Nahrungsaufnahme.

Der Status praesens ist folgender: Die Mundöffnung ist infolge der an Pat. vollzogenen Operation verkleinert, aber gut für 2 Finger durchgängig. Bei Öffnung beträgt der horizontale Durchmesser 2,4 cm; der vertikale 1,7 cm.

Der ganze Lippenrand ist weich, verschieblich, mit Ausnahme einer Stelle linkerseits in der Nähe des Mundwinkels, an welchem sich eine bohnengrosse, ziemlich harte, diffus in die Umgebung übergreifende Verdickung befindet.

Am Unterkiefer entlang beiderseits lineare, verschiebliche Narben, herrührend von Ausräumung der Submaxillargruben. Hier keine Drüsen fühlbar. Dagegen dicht hinter dem Zungenbein links am vorderen Rande des M. sternocleidomastoideus eine erbsengrosse, harte, verschiebliche Drüse nachweisbar. Infra- und Supraclaviculargruben beiderseits frei. Leber normal.

In kombinierter Narkose wird die keilförmige Exzision des Rezidivs und Erweiterung der Mundöffnung durch seitliche Schnitte und Vernähung der Haut mit Schleimhaut durch Catgutnähte vorgenommen.

Die beschriebene Drüse am Halse wird nicht beseitigt.

Die Heilung nimmt einen glatten Verlauf.

Bei seiner Entlassung klagt Patient über noch fehlenden Sphinkterschluss. Sonst sind die Resultate gut.

Lassen wir nunmehr einen umfassenden Überblick folgen, so müssen wir in erster Linie als bemerkenswerten Vorzug der Morgan-Wölfler'schen Methode die leichte technische Ausführbarkeit mit besonderer Betonung hervorheben. Die Schnittführung ist von einer derartigen Einfachheit, dass keine erheblichen Berechnungen oder starke Einbildungskraft vorausgesetzt werden müssen, um den Substanzverlust in einer den Regeln und den Anforderungen der dekorativen Plastik gerecht werdenden Weise zu ersetzen. Nicht unwesentlich unterscheidet sie sich in dieser Hinsicht von den jetzt allgemein geübten, schon mehrfach erwähnten Methoden der Lippenbildung, welche ohne Frage einen geschickten und geübten Operateur für sich beanspruchen. Es wird wohl niemand bestreiten wollen, dass etwa zur Ausführung der Lippenplastik nach Langenbeck oder Bruns ein erfahrener und künstlerisch sehender Chirurg gehört.

Verlangt die Schnittführung der Wölfler'schen Methode zunächst nicht die Fertigkeit eines Künstlers, so ist sie weiterhin zweckmässig wegen der durch sie gegebenen Möglichkeit, in den freigelegten Submental- und Submaxillargruben die Exstirpation der Drüsen oder etwaige Eingriffe am Unterkiefer ohne weitere Incisionen vornehmen zu können. Das ist ein beachtenswerter Unterschied, der dieses Verfahren vor den Methoden Langenbeck's und Dieffenbach's auszeichnet, welche zwar auch dieses Vorzuges sich zu rühmen vermögen. Aber es ist nicht gleich-

wertig, ob ich auf einem frei zu tage liegenden Gebiete, wie bei der Wölfler'schen Methode, operiere oder in einem beschränkten Raume, wie bei den beiden anderen Arten der Lippenplastik, wo der Blick nicht prüfen kann und die Hand keine sichere Führung hat.

Es fragt sich, ob die an und für sich leichte technische Ausführkeit sich nicht kompliziere je nach Ausdehnung, Form und Situation des Defekts und ob die Methode überhaupt für alle Fälle ausreiche? Denn wir sahen, dass die drei beschriebenen Fälle in den berührten Verhältnissen Verschiedenheiten zeigten. Im besonderen war der zweite Fall von Interesse, bei dem das Karzinom eine nicht unbedeutende Strecke auf die Haut des linken Unterkiefers sich ausdehnte. Aber bei diesem, wie bei den beiden anderen Fällen glückte die Plastik ohne Änderung der Vorschriften oder Erschwerung der Ausführung. So dürfen wir wohl mit Recht an zweiter Stelle den Schluss ziehen, dass die Wölfler'sche Methode zur Verwendung in allen Fällen von Unterlippenkarzinomen geeignet ist.

Wie war es mit den kosmetischen Resultaten bestellt? Das ist der dritte Punkt, der uns jetzt beschäftigen soll. Den bestmöglichen Erfolg zeigte der erste Fall, bei dem keine Umsäumung mit Schleimhaut stattgefunden hatte. Die neue Unterlippe erreichte selbstverständlich zwar nicht die Schönheit der Form einer natürlichen, mit Schleimhaut versehenen Lippe. Aber von fast normaler Dicke und trotz geringer Einstülpung, wie es bei Lippen dieser Art eintreten muss, bot sie ein nicht unschönes Aussehen

lar. Jedenfalls war der Mund von normaler Grösse und ines vollkommenen Schlusses fähig. Bei diesem, mit chönstem Erfolg gekrönten Falle handelt es sich um Exstirpation der Unterlippe in toto. Derselbe wäre demnach eine Bestätigung der schon aus der Wölfler'schen Klinik mitgeteilten Beobachtung, dass die Plastik gerade nach Entfernung der ganzen Unterlippe am schönsten gelingt.

Den Gegensatz zu dem ersten Fall bildete der dritte Fall. Hier stellte sich als Folge der Operation ein Microstoma ein. In der Absicht, der neuen Unterlippe den Schmuck des roten Lippensaumes zu verleihen, wurde die Umsäumung der Lippe mit Lippenrot der Mundwinkel und der Oberlippe nach der Angabe Langenbeck's ausgeführt. Aber dieser Umstand ist als Ursache der Microstomie anzuschuldigen. Indem nämlich die Unterlippe narbig schrumpfte, übte sie auf die fest an ihr haftende und schon gespannte Schleimhaut einen Zug aus, der sich auf die Oberlippe fortsetzte und so zur Verengerung der Mundspalte führte. Regnier, von dem die Mitteilungen aus der Wölfler'schen Klinik herrühren, ist der Meinung, gegebenenfalls könne der ganze Lippensaum mit Schleimhaut versehen werden. Aber das obige Ergebnis dürfte wohl zu dem Rate berechtigen, auf jede Umsäumung mit mit Lippenrot, wenn letzteres nicht in normaler Masse und Spannung zur Verfügung steht, Verzicht zu leisten. Eine totale Umsäumung mit Lippenrot nur einzelner Teile des Mundes würde nur dann von Wert sein, wenn eine Bekleidung der ganzen hinteren Wand der Unterlippe mit

Schleimhaut möglich wäre und damit eine Schrumpfung verhindert würde.

Die Besserung des kosmetischen Erfolges in dem dritten Falle wurde durch seitliche Incisionen erzielt.

Dass auch teilweise Bedeckung der Unterlippe mit Schleimhaut von ähnlichen Folgen begleitet sein kann, beweist der zweite Fall, bei dem die rechte Hälfte mit Schleimhaut überzogen wurde. Allerdings war die Verengerung nur eine minimale. Die mässige Wulstung, welche nach der Operation an der Unterlippe sich vorfand, verschwand allmählich, so dass der Mund eine schöne Form erhielt.

Es bleibt nur noch übrig, über die funktionellen Ergebnisse einige Bemerkungen zu machen. Zusammenfassend wollen wir voraussschicken, dass dieselben zur Zufriedenheit ausfielen. Im ersten Falle liess die Funktionstüchtigkeit nichts zu wünschen übrig. Der Schluss der Lippen war ein vollständiger. Das Zahnfleisch und die Zähne waren infolge dessen geschützt. Speichel floss nicht ab. Auch Sprache und Nahrungsaufnahme wichen nicht von der Norm ab. Dasselbe gilt für den zweiten Fall. Auch hier bedeckten die Lippen bei geschlossenem Munde die Zahnreihen. Der Mund konnte gut geöffnet und die Lippen sogar gespitzt werden. Der anfänglich nach der Operation auftretende Speichelfluss aus der linken Seite der Mundspalte kam fast völlig zum Verschwinden. Diese Erscheinung hatte wohl ihren Grund in der Verwachsung des Visierlappens mit dem Zahnfleisch in der unteren Gegend des linken Mundwinkels, so dass wohl

nicht eine genügend tiefe Rinne zur Aufnahme des Speichels vorhanden war und letzterer überquoll.

Von grösserer Bedeutung waren die funktionellen Beeinträchtigungen beim Sprechen und bei der Nahrungsaufnahme, welche den dritten Fall charakterisieren. Dieselben sind als eine unausbleibliche Folge der oben beschriebenen Mundverkleinerung anzusehen. Mit Beseitigung der Ursache durch einen zweckentsprechenden Eingriff wurden sie gehoben und die Funktionen günstige.

Es darf nicht unerwähnt bleiben, dass die drei hier operierten und von mir beschriebenen Fälle von Unterlippen-Carcinom zu den allerschwersten gehörten und überhaupt an der Grenze der Operabilität standen.

Zum Schlusse nehme ich Gelegenheit, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Prof. Dr. Helferich, für die gütige Überweisung des Themas und die bereitwillige Unterstützung bei Bearbeitung desselben den schuldigen Dank abzustatten.

# Litteratur.

Hueter-Lossen. Grundriss der Chirurgie.
v. Bruns. Lehrbuch der Chirurgie.
Fortschritte der Medicin. 1891.
v. Langenbeck. Archiv für Chirurgie, Bd. XLI. Über Bildung brücken förmiger Lappen aus der Unterkinnhaut zur Deckung des Defekt nach Exstirpation von Karzinomen der Unterlippe. Berichtvon Regnie
Koenig. Lehrbuch der Chirurgie.
Jäsche. Beiträge zur plastischen Chirurgie.
Kiparsky. Beiträge zu den plastischen Operationen.
Zeis. Litteratur und Geschichte der plastischen Chirurgie.
Fritze und Reich. Die plastische Chirurgie.

# Lebenslauf.

Wilhelm Metzmacher wurde geboren am 30. Juli 1866 zu Essen (Ruhr) als Sohn des verst. Malermeisters Heinrich Metzmacher und seiner Ehefrau Antonie, geb. Teigelake, kath. Konfession. Meine Schulbildung erhielt ich an der Realschule und dem Gymnasium meiner Heimatsstadt. Letztere Anstalt verliess ich Ostern 1888 mit dem Zeugnis der Reife, um mich dem Studium der Medicin zu widmen. Mein erstes Semester verfloss in Bonn. Die drei folgenden Semester verweilte ich in München, wo ich am 4. März 1890 die ärztliche Vorprüfung bestand. Im fünften Semester genügte ich meiner Dienstpflicht mit der Waffe als Einjährig-Freiwilliger im 6. Kgl. Sächs. Inf.-Regt. Nr. 105 zu Strassburg i. E. Darauf kehrte ich nach München wieder zurück zu einem 2 semestrigen Aufenthalt. Im Wintersemester 91/92 bezog ich die Universität Greifswald. Daselbst bestand ich am 30. Mai 1892 das Tentamen medicum und am 1. Juni das Tentamen rigorosum,

Während meiner Studienzeit hörte ich die Vorlesungen, Kliniken und Kurse folgender Herren Professoren und Docenten:

In Bonn:

Clausius, Kekulé, Nussbaum, Schiefferdecker, v. la Valette St. George.

In München:

Angerer v. Baeyer, Bauer, Bollinger, Hertwig, Klaussner, v. Kupffer, Pommel, Moritz, Posselt, Radlkofer, Rüdinger, Seitz, Seydel, Tappeiner, Voit, Winckel, Ziegenspeck, v. Ziemssen.

In Strassburg:

Fischer.

In Greifswald:

Grawitz, Heidenhain, Helferich, Hoffmann, Krabler, Loeffler, Mosler, Pfeiffer, Pernice, v. Preuschen, Schirmer, Schulz, Strübing.

Allen diesen seinen hochverehrten Herren Lehrern spricht der Verfasser an dieser Stelle seinen ehrerbietigsten Dank aus. Zu besonderem Dank fühlt er sich verpflichtet, den Herren Geheimräten Prof. Dr. Pernice und Prof. Dr. v. Ziemssen, sowie den Herren Prof. Dr. Helferich und Dr. Seitz, in deren Kliniken bez. Polikliniken er als Volontair thätig sein durfte.

# Thesen.

I.

Die Wölfler'sche Methode der Unterlippenbildung ist allen anderen Methoden vorzuziehen.

II.

Bei Prolapsus uteri jugendlicher Personen ist die operative Behandlung das beste therapeutische Verfahren.

III.

Die sogen. luetischen Rectalgeschwüre sind in der Mehrzahl der Fälle Decubitalgeschwüre.